**Управление образования**

**Администрации города Иванова**

**муниципальное бюджетное**

**дошкольное образовательное учреждение**

**«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тел/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сведения о физическом развитии ребенка**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО ребенка** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Рост** |  |
| **Вес** |  |
| **Окружность головы** |  |
| **Группа здоровья** |  |
| **Диспансерное наблюдение медицинских специалистов** |  |

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Врач/ Медсестра МБДОУ №\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО медицинского работника**

 Подпись

 МП